

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No 100

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Nathan BRUMBERG

Né le 10 Mars 1906 à CERNAUTI (Roumanie)

Les torsions aiguës et subaiguës du testicule
ou de ses annexes
chez les enfants et les adolescents

Président : Monsieur Ch. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1932

**Les torsions aiguës et subaiguës du testicule
ou de ses annexes
chez les enfants et les adolescents**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Nathan BRUMBERG

Né le 10 Mars 1906 à CERNAUTI (Roumanie)

Les torsions aiguës et subaiguës du testicule
ou de ses annexes
chez les enfants et les adolescents

Président : Monsieur Ch. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1932

Doyen

BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et Thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie et thérapeutique et climatologie
 Clinique médicale
 Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses
 Clinique chirurgicale
 Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique
 Clinique d'accouchements
 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Professeur sans chaire

ROUVIERE.
 GREGOIRE.
 BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 LEMIERRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 CLERC.
 LENORMANT.
 ROUSSY.
 CHAMPY
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 Maur. VILLARET.
 CARNOT.
 BEZANÇON.
 ACHARD.
 Marcel LABBE.
 LEREBOULLET.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 NOBECOURT.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.
 DELBET.
 CUNEO.
 LEJARS.
 GOSSET.
 TERRIEN.
 LEGUEU.
 COUVELAIRE.
 BRINDEAU.
 JEANNIN.
 J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 Léon BERNARD.
 SERGENT.
 MAUCLAIRE.
 MULON.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN .. Pathologie médicale.
 BENARD Henri Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULE Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-
 BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ...	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE ..	Anatomie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri ..	Hygiène.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.

MM.	
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils ..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphigraphe.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) ..	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde
reconnaissance pour tout ce qu'ils
ont fait pour moi.

A MON FRÈRE MAX

Docteur ès-sciences politiques

En reconnaissance de tout ce
que je lui dois.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MA TANTE RÉSIE

En souvenir de toutes les bon-
tés qu'elle a toujours eues pour
moi.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

*Professeur de Pathologie externe
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de la Pitié
Officier de la Légion d'Honneur*

En témoignage de respectueuse
reconnaissance pour l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUQUIER

Médecin assistant de l'Hôpital Maritime de Berck-Plage

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui nous a toujours
aidé de ses précieux conseils.

Hommage de notre vive reconnaissance
et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. SORREL

*Chirurgien de l'Hôpital Trousseau
Ancien Chirurgien-Chef de l'Hôpital Maritime
de Berck-Plage
Chevalier de la Légion d'Honneur*

En remerciements pour l'accueil
aimable et bienveillant que nous
avons trouvé auprès de lui, en
signe de notre gratitude pour le
service qu'il nous a rendu en nous
conseillant ce travail.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. CAMUS

*Médecin des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hospice de Bicêtre
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance
de toute notre gratitude pour le
bienveillant accueil qu'il nous a
toujours réservé. Modeste hommage
de notre respectueux attachement.

A MON AMI LE DOCTEUR L. MERIGOT

Interne des Hôpitaux

En témoignage de toute ma
reconnaissance pour l'amical em-
pressement qu'il a toujours mis à
m'aider et à m'être utile.

A MES AMIS ET A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Les torsions aiguës et subaiguës du testicule
ou de ses annexes
chez les enfants et les adolescents

Introduction

Nous avons eu l'occasion de rassembler et de comparer un certain nombre d'observations inédites (9), de torsions de testicule ou d'hydradite de Morgagni se traduisant cliniquement par un syndrome d'orchite aiguë ou subaiguë opérées au cours d'une même année (1931) dans le service de M. le Docteur Sorrel à l'Hôpital Trousseau. Il nous a paru qu'on pouvait en dégager quelques notions intéressantes, ne serait-ce que sur la fréquence relativement grande d'une affection dont la connaissance est encore assez récente.

C'est pourquoi nous avons tenté ce travail dans l'intention d'y contribuer et d'attirer l'attention des praticiens sur ce genre d'orchite, dont le diagnostic précis, posé d'une façon précoce, présente un grand intérêt pratique.

Pendant longtemps, les orchites aiguës et subai-

guës, survenant brusquement, en pleine santé, en dehors de toute manifestation urinaire, en dehors des maladies infectieuses générales (oreillons, variole, scarlatine, etc.), en dehors de toute tuberculose en évolution, ne pouvaient pas être expliquées. Aussi, parmi les affections testiculaires, ce sont elles qui ont fourni les occasions les plus fréquentes d'erreurs de diagnostic.

Depuis ces dernières années, grâce aux travaux d'Ombredanne et de Mouchet, ce petit chapitre de pathologie chirurgicale infantile a été éclairé d'une lumière nouvelle. On sait aujourd'hui, que malgré l'aspect inflammatoire des phénomènes, ces orchites aiguës, dénommées à tort « primitives », dépendent d'une cause purement mécanique: la torsion du testicule ou d'une annexe. Suivant l'expression de Mouchet: *« Il n'y a pas d'orché-épididymites aiguës primitives chez les enfants et les adolescents; ce ne sont que des torsions du testicule ou des torsions de l'hydátide de Morgagni. »*

En ce qui concerne le plan de notre travail, nous nous efforcerons, après un court historique et quelques mots sur l'anatomie et l'embryologie, de dégager la question de l'étiologie et de la pathogénie, question qui, malgré l'abondante littérature qu'elle a suscitée, est encore fort obscure. Après un court aperçu sur l'anatomie et la physiologie pathologique de l'affection, nous en dresserons le tableau clinique

dans ses différents aspects ; nous dirons quelques mots sur l'évolution et le pronostic pour passer en revue ensuite le problème du diagnostic, et nous insisterons finalement sur le traitement chirurgical de l'affection, seul possible, et dont les résultats sont toujours excellents quand il n'est pas trop tardif.

Historique

L'histoire de la torsion du cordon spermatique, qui se traduit cliniquement par un syndrome d'orchite aiguë, remonte à 1840, année dans laquelle Desiauve publia la première observation dans la *Revue médicale française et étrangère*. Avec l'esprit et le style de l'époque, il nous raconte comment, appelé par deux confrères, chirurgiens d'occasion, il put constater le « tortillement du cordon » dans le trajet inguinal, au lieu de l'étranglement crural qu'on croyait opérer. En 1852, Follin attire l'attention sur l'atrophie du testicule, consécutive à la torsion. Scarenzio (de Pavie) publie, quelques années plus tard, un nouveau cas bien étudié au point de vue du mécanisme de la torsion. En 1885, Nicoladoni, en Allemagne, publia le premier mémoire bien connu sur la question. En 1894, Lauenstein parvint à réunir 11 cas et Johnson 14. Ensuite viennent les travaux de Mauclaïre, de Legueu, de Vanverts et Lejars. L'article de Sébilleau et Descomps, dans la première édition du

Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet résume excellemment l'état de la question. La monographie de Lapointe, parue en 1904, où ont été étudiés 36 cas, a éclairé l'anatomie et la physiologie pathologique.

La communication d'Ombredame à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, faite le 14 mai 1913, marque une étape importante dans l'étude de cette question. En effet, c'est à lui que revient l'honneur d'avoir établi les relations intimes, qui existent entre la torsion du cordon spermatique et les orchites aiguës, dites primitives.

C'est en 1922 que les premières observations de torsion de l'hydatide de Morgagni, caractérisée cliniquement par un syndrome d'orchite subaiguë, ont été publiées par Colt (d'Aberdeen) et Walton (de Londres) dans *The British Journal of Surgery*, sans qu'ils paraissent avoir saisi l'importance de cette découverte.

Le grand mérite d'avoir individualisé cette affection en un type clinique spécial, revient indiscutablement à Albert Mouchet qui, par une série de publications, a montré qu'à côté des torsions du cordon spermatique, existent des torsions de l'hydatide sessile de Morgagni, qui ont une part importante dans la production de ces orchites à allure et à terminaison si spéciales.

Tout récemment, Michel (de Marseille) et Solier et Huard, ont montré que d'autres organes embryonnai-

res, comme organe de Giralès, vas aberrans, annexés à l'épididyme ou au testicule, sont susceptibles de subir des phénomènes de torsion, suivis de nécrobiose et de réaliser un syndrome d'orchite subaiguë.

A la suite de ces travaux et comme conséquence du conseil qu'Ombredanne et Mouchet avaient donné d'intervenir systématiquement dans chaque cas de syndrome d'orchite aiguë ou subaiguë, les observations et les exposés d'ensemble se sont multipliés en France et à l'étranger.

Anatomie et Embryologie

des organes annexés au testicule

Les hydatides de Morgani, du nom de l'anatomiste qui les a le premier signalées, sont deux petits appendices, annexés au testicule ou à l'épididyme.

L'hydatide pédiculée, qui manque très souvent, a la forme d'une vésicule arrondie, qui s'implante sur la tête de l'épididyme. On la considère comme un reliquat de l'extrémité supérieure du canal du Wolff. Cette hydatide ne se tord jamais.

L'hydatide sessile, mauvaise dénomination parce qu'elle est aussi pédiculée, fait rarement défaut et serait même constante d'après Krause. C'est elle qui nous intéresse le plus. C'est une languette charnue et vascularisée, qui s'implante, soit sur la partie antéro-supérieure du testicule, soit sur celle de l'épididyme, soit encore sur le sillon qui sépare ces deux organes. Histologiquement, elle est constituée par une masse centrale de tissu conjonctif, riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques et tapissée par un épithélium

cylindrique à cils vibratils, qui se continue avec l'endothélium de la vaginale.

Elle représente l'extrémité supérieure du canal de Müller, qui s'est implantée secondairement sur l'épididyme ou le testicule. Sa signification est discutée. Pour Krause, cet appendice est l'homologue de l'ovaire. D'après Waldeyer, elle serait l'homologue du pavillon de la trompe utérine ; Luschka, enfin, la regarde comme un simple vaisseau aberrant.

L'organe de Giralès ou paradidyme de Waldeyer, est un petit corps allongé, situé dans le cordon spermatique, à 1-3 mm. au-dessus de la tête de l'épididyme. Il serait l'homologue du parovarium de His ou parophoron de Waldeyer, c'est-à-dire des tubes situés entre l'ovaire et la trompe. Il représente les reliquats des canalicules wolffiens morcelés, ayant perdu toute relation aussi bien avec le canal de Wolff qu'avec le testicule.

Au niveau de la queue de l'épididyme et au point où elle se continue avec le canal déférent, on rencontre souvent un diverticule, terminé en cul-de-sac, appelé *vas aberrans* (Haller). Son existence n'est pas constante. C'est un canalicule du corps de Wolff, qui n'a pas opéré ou qui a manqué sa jonction avec le parenchyme testiculaire.

Etiologie et pathogénie

A quelle cause attribuer les orché-épididymites de l'enfance et de l'adolescence?

La blennorragie, à cet âge, ne peut entrer en ligne de compte que dans des cas très exceptionnels. Broca, dans son *Traité de Chirurgie Infantile*, en fait allusion. A. Graeme Mitschell et Norman I. Quinn (*Arch. of Ped.*, nov. 1915), ont rapporté un cas d'orché-épididymite gonococcique chez un enfant de 4 mois et demi. Reinhard, 1914, a vu un nouveau-né contracter la gonorrhée au passage ; urétrite à 15 jours, épидидymite 12 jours plus tard. Mort.

Les maladies infectieuses générales, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, l'érysipèle, les oreillons, n'ont que très rarement un retentissement sur les glandes séminales des enfants.

La variole et la varicelle s'accompagnent seulement, dit-on, d'une vaginalite avec épanchement.

Les orché-épididymites sont en quelque sorte un épiphénomène, une complication peu fréquente d'ailleurs de ces fièvres éruptives plus ou moins graves.

Les anciens auteurs et surtout Gosselin (1876) avaient attribué une grande part à la *masturbation*. Il appelle ces orchites, orchites des masturbateurs, ou orchites atrophiantes, parce qu'elles aboutissent à l'atrophie testiculaire sans suppuration, en les opposant à l'orchite blennorragique, qui n'atrophie pour ainsi dire jamais la glande. Il dit textuellement : « L'orchite des adolescents n'a-t-elle pas une tendance plus grande à donner l'atrophie que celle des adultes ? Si j'avais eu un plus grand nombre de faits à ma disposition, j'aurais décrit « l'orchite atrophiante » parmi les maladies de l'enfance. »

Le traumatisme, à son tour, fut invoqué pour expliquer ces orchites, comme dans tant d'autres affections, et on créait cette variété d'orchite dite « orchite traumatique ». Loin de nous l'idée de résoudre cette question de doctrine, qui consisterait à dire si le traumatisme peut produire l'inflammation (question sur laquelle on discutera probablement à perpétuité), mais il nous semble difficile d'affirmer la part d'un traumatisme dans le développement d'une orchite, en dehors d'une infection préexistante. La preuve de l'étiologie exclusive du traumatisme n'a pas encore pu être apportée.

A la suite des travaux d'Hutinel et Deschamps sur la tuberculose génitale, ces orchites de l'enfance et de l'adolescence furent considérées comme de *nature tuberculeuse*. On les attribuait à la phtisie galopante

du testicule de Duplay et Reclus ou plutôt à cette forme de tuberculose, dite forme inflammatoire aiguë. L'éminent clinicien Auguste Broca, en désespoir de cause, se ralliait à cette conception. Il s'excuse même d'incriminer la tuberculose, car il dit : « Si je crois à la tuberculose, c'est que cela ne peut être autre chose. » L'intégrité de la prostate, des vésicules séminales, des viscères, du squelette, indemnes de toute lésion tuberculeuse, l'hérédité nulle, la belle santé et la belle apparence des enfants ne sont guère en faveur de cette hypothèse.

C'est Ombredanne et Mouchet qui ont montré « que cela peut être autre chose », que ces orchites aiguës et subaiguës, survenant sans cause manifeste, en dehors de toute maladie générale, sans infection uréthrale, étaient dues à *une cause purement mécanique : la torsion du cordon spermatique ou celle de l'hydatide sessile de Morgagni.*

Pour quelle raison, sous quelle influence, cette torsion se produit-elle ?

On doit admettre, avec Sébilleau et Descomps, deux éléments dans l'étiologie de cette torsion : une cause anatomique prédisposante qui les rend possibles et une cause déterminante qui les provoque.

Pour ce qui concerne la *disposition anatomique prédisposante*, on a invoqué des anomalies concernant la forme du testicule ou de l'hydatide, ainsi l'appâtissement, la forme discoïde, la forme en

poire ; on a pensé également à l'anomalie du siège du testicule, l'éctopie créant une prédisposition à ces accidents mécaniques. Cependant Lapointe, dans son étude sur 36 cas, ne trouve que 18 fois, soit dans 50 %, l'éctopie. On a incriminé comme condition propice la longueur anormale du cordon, la grandeur anormale de la cavité vaginale.

On attribua un grand rôle parfois à la bifidité du cordon, caractérisée par un isolement inaccoutumé entre les vaisseaux spermatiques, d'une part, et le canal déférent, d'autre part, disposition qui résulte de l'inversion horizontale ou verticale du testicule.

Ce qui semble établi et admis par les auteurs, c'est la *pédiculisation avec mobilité anormale du testicule ou de l'hydatide*. C'est une condition indispensable pour la genèse de ces torsions, comme le démontrent toutes les interventions ; mais cette condition ne peut évidemment pas être diagnostiquée cliniquement.

Normalement, le testicule, qui fait saillie dans une cavité séreuse, n'est nullement libre de tourner, donc incapable d'amener la torsion du cordon spermatique. Le testicule est étroitement fixé, par le ligament scrotal, ainsi que par la réflexion de la vaginale, aux plans profonds de son sac fibreux ; lui-même plus ou moins fixé aux plans scrotaux superficiels.

La condition nécessaire pour que la rotation du

testicule puisse s'effectuer, réside donc, d'une part, dans l'anomalie de la vaginale, qui crée à l'appareil épидидymo-testiculaire une sorte de méso, excessivement long, qui remplace la réflexion normale et courte de la vaginale, et d'autre part dans l'absence du ligament testiculo-scrotal.

Cette disposition anormale de la vaginale permet au testicule pédiculisé de flotter plus librement dans l'intérieur de la cavité séreuse, « comme le cœur dans le péricarde », et de réaliser ainsi le mécanisme de la rotation.

Dans d'autres cas, le testicule, par l'absence des adhérences normales entre vaginale et crémaster, d'une part, vaginale et dartos, d'autre part, ayant ainsi une plus grande mobilité, se trouve dans les conditions propices pour se prêter facilement au bistournage ou torsion extravaginale.

Pour ce qui concerne *la ou les causes déterminantes*, il faut avouer qu'on se trouve dans l'ignorance absolue. Plusieurs théories ont été établies pour démontrer l'occasion propice, qui fait tourner la glande génitale ou l'hydatide, et qui fait tordre leur pédicule. Mais il ne s'agit là que d'hypothèses.

On a invoqué la contraction réflexe du crémaster (théorie de Landau et Frevisan), l'augmentation de la pression abdominale et la contraction des muscles de la paroi qui en résulte (théorie de Klinger) ; on a fait

intervenir la masturbation (Gosselin et après lui Ombredanne), l'effort violent et le traumatisme direct tel que la chute à califourchon sur une barre de fer ; on a accusé les mouvements brusques de cuisses, par exemple le fait de croiser les jambes. Il semble difficile de faire jouer un rôle prépondérant à une de ces causes, surtout chez le nourrisson, ou dans les cas où la torsion s'effectue pendant le sommeil.

La cause occasionnelle de la torsion de l'hydatide ne peut pas être expliquée non plus et Mouchet lui-même dit : « En ce qui concerne l'étiologie de ces torsions de l'hydatide de Morgagni, j'avoue rester dans l'ignorance complète. »

Il est certain en tout cas que les torsions du cordon spermatique ou celles de l'hydatide, *sont des affections relativement fréquentes*. Cette fréquence n'apparaissait pas, jusqu'à ces dernières années, parce que, à cause de bénignité des signes cliniques, on n'intervenait pas ; mais selon toute vraisemblance, elle augmenterait notablement, si on opérât systématiquement tous les cas d'orchite de cause indéterminée.

L'âge des sujets atteints varie pour la torsion du cordon spermatique. C'est principalement une affection de la deuxième enfance et de la puberté, mais elle peut se voir aussi en bas âge et chez le nourrisson, comme il ressort des observations que nous apportons. C'est d'ailleurs un argument contre l'opi-

nion de Gosselin et Ombredanne, pour lesquels la masturbation jouerait un rôle important dans leur production. La torsion du cordon peut s'observer aussi chez l'adulte et exceptionnellement chez le vieillard.

Pour la torsion de l'hydatide, c'est l'adolescence qui paraît avoir l'apanage de cette affection. Exceptionnellement on l'observe chez l'adulte ou chez le nourrisson, jamais chez le vieillard.

Enfin les accidents de torsion siègent avec une égale fréquence à droite et à gauche.

Anatomie pathologique

On distingue deux variétés de torsions testiculaires : *la torsion haute*, ou extravaginale, ou bistournage, analogue au bistournage des animaux pratiqué par les vétérinaires en vue de produire l'atrophie testiculaire des chevaux et des taureaux, et *la torsion basse* dans la vaginale, ou volvulus du testicule, dénomination plus exacte d'ailleurs, car c'est le cordon qui est tordu et le testicule qui tourne autour de son axe.

Dans la torsion haute, dans le bistournage accidentel, qui est rare et qui ne se voit que dans les testicules ectopiques, il y a participation de la fibreuse, du crémaster et de la vaginale, à la torsion du cordon spermatique, qui s'est tordu au-dessus de la cavité vaginale ; le tout forme une poche rouge et violacée. C'est en pareil cas qu'on peut voir la véritable torsion à plusieurs tours.

Dans le volvulus, beaucoup plus fréquent, le segment funiculaire intravaginal du cordon est turges-

cent, gros comme le pouce, de coloration bleuâtre violacée ; l'appareil épидидymo-testiculaire est hypertrophié, doublé ou triplé de volume.

Le testicule a un aspect rouge foncé, gris bleu ou ardoisé, dû à des lésions d'infiltration sanguine interstitielle, ou à des foyers apoplectiques d'infarctus hémorragique. La consistance de la glande génitale est tantôt rénitente, fluctuante, tantôt au contraire ferme et dure. Au microscope, on constate que les tubes séminifères sont dégénérés, refoulés par le sang extravasé, privés de leur épithélium ; les cellules interstitielles ont disparu comme l'a bien remarqué Lecène.

Les lésions de l'épididyme sont du même genre. L'hydatide de Morgagni est grosse et rouge. La vaginale renferme presque toujours du liquide séreux ou séro-sanguinolent. Les tissus scrotaux sont infiltrés d'un œdème gélatiniforme, tuméfiés, épaissis, parfois adhérents aux plans profonds. Les téguments sont dépliés, tendus et rouges.

Le degré de la torsion varie d'un demi-tour de spire jusqu'à 3 tours ; 3-4 tours dans les formes graves. Le plus souvent on trouve 1-2 tours. Le sens de la rotation est le plus souvent celui des aiguilles d'une montre.

La fixation de la torsion est un point intéressant à rechercher, en vue du traitement. La détorsion est beaucoup plus facile en cas de torsion récente, le

testicule se recoloré immédiatement. Lorsque la lésion est ancienne et la torsion fixe, il y a pachyvaginalite et nécrobiose testiculaire et parfois viendra s'ajouter une infection avec abcès, gangrène et élimination du testicule.

La torsion de l'hydatide, malgré la petitesse de cet organe, a un retentissement important sur le testicule et sur l'épididyme.

Le testicule est congestionné, hypervascularisé. L'épididyme prend une teinte rouge violacé, sa surface est parcourue de fines arborisations vasculaires ; elle est tuméfiée et œdématiée. L'hydatide sessile est augmentée de volume ayant parfois les dimensions d'un gros pois, d'un noyau de cerise ; elle est de couleur violet noir ou rouge noirâtre. Son pédicule est tordu d'un nombre de tours qui varie de 1-3. Le sens de la torsion est, dans la plupart de cas, celui des aiguilles d'une montre ; mais en raison de la turgescence de l'hydatide, qui la fait détordre brusquement sous les yeux de l'opérateur, comme un ressort, on ne peut pas toujours apprécier le sens de la torsion.

La vaginale, épaissie et adhérente par places, renferme une quantité variable de liquide séreux jaune citron clair ou séro-sanguinolent. Le cordon garde son volume et sa consistance normales, contrairement à ce qui se passe dans la torsion du testicule où il est infiltré et congestionné. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont œdématiés.

Parfois l'hydatide, sphacélée, séparée de son pédicule, peut tomber dans la cavité vaginale, se flétrir ; il se fait une réaction de la séreuse et peut-être pourrait-on voir ici *l'origine de certaines hydrocèles*, jusqu'ici dénommées idiopathiques, faute de la connaissance de l'étiologie. Il est possible qu'une hydatide ainsi infarctie puisse jouer le rôle d'épine irritative vis-à-vis de la vaginale, d'agent inflammatoire, amenant la production d'une hydrocèle cryptogénétique. En effet, certains auteurs (Poulain et C. Francq), pratiquant la cure radicale de l'hydrocèle, ont rencontré dans le liquide une petite concrétion calcaire, qui n'était très vraisemblablement autre chose que le reliquat d'une hydatide, dont la torsion avait passé inaperçue et dont le pédicule s'était rompu ce qui résulte également d'une observation que nous rapportons.

Physiologie pathologique

La torsion du cordon spermatique provoque des troubles circulatoires importants. Elle amène un arrêt de la circulation veineuse du testicule sans avoir de retentissement sur le courant artériel. La stase veineuse, inévitable par la suppression de voies de dérivation et des veines de sûreté, provoque fatalement la congestion hémorragique, l'infiltration interstitielle diffuse du parenchyme testiculaire, l'infarctus hémorragique, d'où nécrobiose glandulaire suivie bientôt d'atrophie plus ou moins marquée. Si la rotation funiculaire persiste, l'apoplexie s'installe rapidement et le testicule meurt, parce qu'il est privé de sang ; il subit la nécrobiose aseptique.

En cas d'infection, le testicule subit la nécrobiose septique, il y a sphacèle avec suppuration et élimination gangréneuse des tubes séminifères ; le testicule est voué à la disparition, il est expulsé de l'économie.

L'infarctus hémorragique s'installe rapidement et

des expériences d'Enderlen, il résulte que l'influence nocive commence à se manifester après 22 heures, mais qu'une détorsion hâtive avant la 30^e heure peut l'arrêter encore. En dehors de la durée, il convient de tenir compte du degré de la torsion, qui joue un grand rôle dans la détermination de cet infarctus hémorragique et de l'atrophie consécutive.

En effet, en cas de torsion serrée, c'est l'arrêt brusque de la circulation, réalisant la nécrobiose blanche, anémique, celle que produit, avec sa rotation minima de 4 tours, le bistournage vétérinaire. En cas d'enroulement funiculaire lâche, il y a seulement interruption du cours du sang dans les veines spermatiques, qui sont aplaties, avec perméabilité totale ou partielle des artères, en raison de la rigidité de leurs parois, réalisant la nécrobiose hémorragique.

La torsion du pédicule de l'hydatide de Morgagni provoque également un infarctus hémorragique dû à la rupture des capillaires. La nécrose d'un organe aussi peu important retentit pourtant considérablement sur les organes voisins, sur le testicule, sur l'épididyme, sur la vaginale.

Etude clinique

La torsion du cordon spermatique ou de l'hydatide de Morgagni se traduit cliniquement par un syndrome d'orchite aiguë ou subaiguë.

La torsion du cordon a presque toujours un début brusque, brutal, se manifestant par une douleur violente, pongitive, souvent syncopale, dans la région lombo-iliaque ou inguino-scrotale. Une tuméfaction suit de très près l'apparition des phénomènes douloureux. Le scrotum grossit, se gonfle d'un seul côté. Ces accidents surprennent le malade, sans que des phénomènes généraux — courbature, malaise, céphalalgie — aient annoncé le début prochain d'une orchite ; c'est pendant le jeu, pendant un effort minime, pendant le sommeil, ou au réveil, sans cause appréciable, que cette douleur, d'une acuité extrême, apparaît. Elle entraîne souvent la flexion antalgique de la cuisse et parfois quelques nausées. La brusquerie du début et la violence des douleurs sont en général des signes d'une importance capitale, sur lesquels

nous ne saurions trop insister ; ils sont d'emblée au maximum d'intensité et, comme l'a dit très justement Lapointe, il n'existe aucune autre affection du testicule où ils éclatent avec une telle soudaineté et une telle brusquerie.

A l'examen local, on constate la tuméfaction, parfois considérable, d'un hémiscrotum, qui contraste avec l'intégrité du côté opposé. La peau et le tissu cellulaire de la bourse sont le siège de phénomènes réactionnels avec infiltration œdémateuse. La peau est distendue, luisante, et d'une coloration rosée assez caractéristique, parfois rouge. La palpation, extrêmement douloureuse, rend l'examen de la masse scrotale très difficile, car l'enfant s'en défend avec énergie. On constate une élévation de la température locale. Le testicule est augmenté de volume, gros comme une noix, un œuf de pigeon ; l'épididyme est doublé ou triplé de volume. Il est souvent impossible de distinguer l'épididyme du testicule à cause de l'épanchement vaginal constant et de l'infiltration des tissus. Le cordon est augmenté de volume et douloureux dans son trajet inguinal. Le toucher rectal montre l'intégrité de la prostate. Comme signe presque pathognomique, Brunzel et d'autres auteurs allemands et italiens donnent l'ascension unilatérale et la fixation du testicule malade en position haute par la rétraction du cordon.

Les signes généraux sont toujours peu marqués. La température atteint 38° ou 38°5, le pouls est en rapport avec la température, quelques nausées.

Parfois cependant la tuméfaction douloureuse de l'appareil épидидymo-testiculaire s'accompagne d'une réaction du système nerveux abdominal : le facies devient pâle, terreux, les yeux excavés expriment l'angoisse et la souffrance, le pouls est petit et fréquent, il y a des nausées, des vomissements ; le ventre se ballonne ou se rétracte ; bref le tableau du péritonisme peut être au complet et il est compréhensible qu'on ait mis quelquefois les accidents de la torsion du testicule sur le compte d'un étranglement herniaire.

En dehors de la torsion testiculaire proprement dite, il faut signaler la *torsion du testicule ectopique*, qui se voit surtout en bas âge. L'examen local dénote qu'il y a absence d'un testicule dans l'hémiscrotum correspondant et que les signes locaux siègent dans la région inguinale du même côté, surtout au niveau de l'orifice externe du canal inguinal.

Le tableau clinique de la torsion de l'hydatide ressemble à celui de la torsion du cordon avec lequel il a beaucoup de traits communs ; quelques signes particuliers méritent cependant d'être mis en évidence.

Le syndrome d'orchite est subaigu et non aigu. Le début est moins bruyant, moins dramatique. La douleur n'a pas la violence qu'on observe dans la torsion

du testicule où elle peut être syncopale ; la température reste à 37°5 ou 38°. Jamais de réaction péritonéale.

Les phénomènes inflammatoires locaux sont également moins intenses : la rougeur des téguments scrotaux moins accentuée, l'œdème modéré. La palpation, moins sensible, permet d'apprécier un point douloureux exquis au niveau du pôle supérieur de la glande génitale, lieu d'implantation de l'hydatide. Cette douleur exquise contraste avec la sensibilité diffuse et uniforme de la glande dans la torsion funiculaire. C'est un signe constant et un fait important pour le diagnostic différentiel. Le testicule et l'épididyme sont gros, mais c'est surtout la tête de l'épididyme qui est augmentée de volume et qui, par la pression à son niveau, donne le maximum de douleur. Tout au début de l'affection il serait possible, d'après Leveuf, de percevoir, par une palpation attentive, l'hydatide sous forme d'une tumeur arrondie, dure, de la grosseur d'une bille ou d'un pois, extrêmement douloureuse à la pression. La vaginale ne contient que peu de liquide. Le cordon est peu ou pas tuméfié et non douloureux, signe d'une grande valeur pour le diagnostic avec la torsion testiculaire.

A côté de ces deux grandes formes d'orchite aiguë et subaiguë, il nous paraît important d'attirer l'attention sur une forme un peu particulière, dont les observations sont relativement fréquentes dans ces

dernières années : c'est *la forme récidivante, la forme à répétition.*

Il s'agit des torsions du cordon spermatique, dans lesquelles les accidents se reproduisent par poussées successives, espacées de plusieurs mois et même de plusieurs années. Ces crises prémonitoires, caractérisées par une tuméfaction douloureuse, qui disparaît rapidement, semblent correspondre à une torsion incomplète ou temporaire qui précède la torsion complète et définitive. La détorsion semble se faire spontanément. Dans l'observation de Van der Poel, le malade était si habitué à voir son testicule se tordre qu'il avait appris à mettre fin aux accidents en le détordant lui-même à chaque crise. Dans cette forme les accidents cessent rapidement, mais les malades finissent, après un nombre variable des attaques prodromiques, par présenter une torsion plus grave avec son évolution et ses conséquences habituelles. Il semble donc logique d'admettre que l'intervention doit être tentée lors d'une de ces crises prémonitoires avant d'attendre la répétition des accidents.

Il convient de signaler finalement *l'existence des formes frustes de torsion de l'hydatide.*

Sa symptomatologie est réduite au minimum. Elle se distingue de la forme subaiguë commune par l'absence complète d'élévation de température, par la fugacité des phénomènes douloureux, par l'absence de l'œdème et de la rougeur des téguments du scrotum,

par l'absence de retentissement sur l'appareil épидymo-testiculaire, qui n'est pas augmenté de volume.

Le tableau clinique de la torsion de l'organe de Giralès ainsi que d'un vas aberrans est superposable à celui de la torsion de l'hydatide de Morgagni, se traduisant par un syndrome d'orchite subaiguë.

Evolution et pronostic

La torsion du cordon est une affection bénigne, en ce qui concerne la vie du malade, une affection grave en ce qui concerne l'avenir de la glande, et le pronostic est essentiellement fonction de la précocité de l'intervention.

En dehors de cas rares de détorsion spontanée, l'aboutissant naturel de la torsion est, soit l'atrophie plus ou moins marquée, soit la gangrène et la suppuration.

Une quinzaine de jours après le début de l'affection, les phénomènes inflammatoires locaux s'atténuent. Le scrotum s'assouplit, sa coloration redevient normale, la tuméfaction ainsi que la douleur disparaissent et on croit avoir obtenu la guérison définitive. Mais il n'est pas rare, et c'est presque la règle d'observer dans les mois suivants une atrophie de la glande, le testicule est réduit à une petite masse, de la grosseur d'un pois et ne présente plus la sensibilité testiculaire.

Dans d'autres cas, vers le sixième ou le septième jour, la rougeur et la tuméfaction augmentent, la peau du scrotum devient saillante en un point, la fièvre s'allume, un abcès s'est collecté, va se fistuliser, donnant issue à du pus verdâtre dans lequel on trouve des tubes séminifères et des masses sphacéliques, traduisant la fonte du testicule.

En résumé, nous trouvons deux possibilités d'évolution ou atrophie, ou suppuration avec élimination de la glande.

La torsion de l'hydatide est une affection absolument bénigne, qui aboutit à la guérison assez rapidement. Quelques jours après le début, on note une sédation de la douleur, une rétrocession des phénomènes inflammatoires sous l'influence du repos ou de quelques applications locales émollientes et les symptômes vont disparaître en 8-10 jours. L'affection ne risque guère de laisser des traces fâcheuses si ce n'était la possibilité pour l'hydatide « infarctée » et sclérosée de constituer une épine irritative amenant la production d'hydrocèle.

Diagnostic

Le diagnostic de ces orchites de cause mécanique est généralement facile, pourvu qu'on y pense. Méconnaître ces accidents mécaniques, c'est vouer presque sûrement la glande au sphacèle.

Un examen général approfondi de l'enfant fera facilement rejeter *les orchites secondaires* à une fièvre éruptive, à une infection uréthrale, les orchites ourliennes, les orchites des angines, qui ne sont qu'un épiphénomène d'ordre médical. Leur véritable nature apparaît nettement et est retrouvée sans difficulté.

De même l'absence des lésions prostatovésiculaires, l'absence d'un foyer de tuberculose en un point quelconque de l'organisme, l'absence d'hérédité bacillaire, fera aisément écarter le diagnostic d'une *poussée aiguë de tuberculose* qui, naguère, était le diagnostic « à la mode ».

Le diagnostic est à faire avant tout avec *les accidents herniaires*, avec lesquels la confusion est le plus souvent commise, surtout en cas d'ectopie testicu-

laire. En effet, dans certains cas, les symptômes réflexes sont particulièrement impressionnants. L'importance de la réaction abdominale, les vomissements coïncidant avec un arrêt des matières et des gaz peut simuler l'étranglement herniaire. Mais en cas d'accidents liés à la torsion du cordon spermatique, l'arrêt des matières et des gaz n'est jamais absolu et les vomissements sont moins fréquents.

Il faut penser aussi à *l'inflammation des kystes congénitaux* du cordon ; mais dans ces cas, très rares d'ailleurs, les lésions siègent au-dessus d'un testicule normal.

Il faut penser également, dans la forme ectopique, à *l'adénite du ganglion de Cloquet*, à l'adénite funiculaire, éventualités très rares qui sont éliminées par leur siège différent.

Enfin citons les cas très exceptionnels, rapportés par Olry. Il s'agit des syndromes d'orchite d'ordre mécanique, qui ne sont en relation, ni avec une torsion du cordon, ni avec une torsion de l'hydatide; les éléments cliniques de diagnostic font d'ailleurs défaut, et elles ne sont que des diagnostics d'intervention: kyste enflammé de la tête de l'épididyme; abcès central aseptique de cause inconnue ; hernie type Astley-Cooper étranglée ; enfin torsion intrasacculaire d'un fragment d'épiploon.

Quant au *diagnostic différentiel entre torsion du cordon spermatique et torsion de l'hydatide de Mor-*

gagni, il faut avouer que ce n'est pas toujours chose facile.

Il existe pourtant quelques éléments cliniques sur lesquels nous nous sommes étendus longuement dans le chapitre de l'étude clinique, éléments qui permettent en général de pencher vers l'un de ces diagnostics. Il existe même des cas où le doute n'est pas possible et où le diagnostic clinique peut être porté avec certitude. Ainsi les cas que nous rapportons, dans lesquels le diagnostic exact de torsion de l'hydatide a été fait avant l'intervention, ainsi le cas de Jeanbrau, qui par élimination des différentes éventualités de tuberculose, syphilis tertiaire, torsion du cordon, hydrocèle, pose le diagnostic de torsion de l'hydatide et qui montre l'enfant à la Clinique urologique de Marseille aux stagiaires en leur disant : « Voilà un enfant qui présente tous les signes de cette variété d'orchite subaiguë de l'enfance, que Mouchet a reconnu être une réaction inflammatoire développée autour d'une hydatide sessile tordue. Je vais l'inciser devant vous, examiner le testicule, l'épididyme, le cordon, l'hydatide. Il y a au moins neuf chances sur dix pour que je trouve une hydatide sessile tordue en voie de sphacèle. » Le diagnostic porté avant l'intervention fut confirmé par l'acte opératoire.

Mais il existe beaucoup de cas où il est difficile de se prononcer d'une façon si absolue et si catégorique et où le diagnostic clinique reste en suspens, car il

existe certaines torsions du testicule qui s'annoncent par des phénomènes atténués et certaines torsions de l'hydatide qui ont une allure plutôt aiguë.

Le diagnostic différentiel entre la torsion du testicule et la torsion de l'hydatide est du reste d'une importance relative, car l'une et l'autre commandent l'intervention.

Traitement

Le traitement des orchites de cause mécanique ne peut être, après ce que nous venons de dire, que chirurgical, seule thérapeutique possible pour sauver la glande de l'enfant qui doit jouer un si grand rôle dans la vie physique et psychique de l'homme.

Pratiquement, il ne faut pas compter sur une détorsion spontanée et l'application des compresses chaudes ou des pommades est à rejeter, de même que la détorsion par manœuvres externes.

La torsion de l'hydatide abandonnée à elle-même guérirait sans doute seule ; mais devant la possibilité d'une erreur de diagnostic qui ferait prendre une torsion du testicule pour une torsion de l'hydatide et devant la possibilité de l'apparition de séquelles fâcheuses, telle que la vaginalite séreuse ou hémorragique, l'acte opératoire est nettement justifié. Cette intervention a d'autant plus de raisons d'être qu'elle est d'une bénignité absolue, qu'elle supprime radicalement les phénomènes douloureux et qu'elle pro-

cure une guérison rapide. Suivant l'expression de Mouchet : « *L'enfant a tout à gagner et rien à perdre.* »

L'intervention se fait sous anesthésie générale, dont on peut même se dispenser chez l'enfant très jeune. L'incision scrotale ou inguinale, suivant que le testicule est en place ou ectopique, traverse des tissus fortement infiltrés par un œdème gélatiniforme. On ouvre la vaginale, qui donne issue le plus souvent à un liquide citrin ou sanguinolent et l'on examine les lésions.

S'il s'agit d'une torsion d'hydatide, l'opération est d'une simplicité extrême : un petit catgut lie le pédicule à la base et on enlève l'organe malade. L'ablation peut se faire d'ailleurs sans ligature antérieure du pédicule.

S'il s'agit d'une torsion testiculaire, il faut apprécier minutieusement l'état de l'organe malade. En général, aussitôt après détorsion et sous irrigation de sérum chaud, il reprend un aspect normal, et sa coloration d'abord ardoisée ou violacée fait place à la teinte blanchâtre de l'albuginée saine. Dans ce cas on se contente de maintenir la détorsion en fixant la vaginale au scrotum ; si la torsion est intra-vaginale, cas habituel, beaucoup d'auteurs fixent aussi le testicule à la vaginale.

Il faudrait se trouver en face des lésions bien avancées de sphacèle, ne laissant aucun doute sur l'élimi-

nation totale de la glande, pour se décider à pratiquer une castration. Mais dans la règle, on ne saurait être trop conservateur.

Dans tous les cas, la vaginale est refermée ; ou bien, si elle présente des lésions déjà importantes d'épaississement, on peut en pratiquer la résection ou le retournement. Les plans superficiels sont suturés sans drainage ou sur un drainage filiforme.

Les suites opératoires, en général très simples, sont souvent marquées par une ascension thermique aux environs de 39° le soir ou le lendemain de l'intervention. Peut-être s'agit-il d'une résorption toxique. L'aspect inflammatoire de la région inguino-scrotale a disparu le 2° ou le 3° jour et la cicatrisation se fait par première intention chaque fois que l'intervention n'a pas été trop tardive. Dans nos observations, les enfants ont tous pu quitter l'hôpital vers le 10° jour, parfaitement guéris.

Si les lésions étaient trop avancées, on peut assister à un suintement et à une désunion de la plaie opératoire, avec élimination du testicule trop gravement atteint. Nous croyons que cette éventualité, rare d'ailleurs, est encore préférable à une castration pratiquée dans un cas où il resterait le moindre doute sur la possibilité de conserver la glande.

Observations

OBSERVATION I

(De M. le Professeur Ombredanne, communiquée à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, le 14 mai 1913 (p. 779) et publiée dans la « Presse Médicale » le 19 juillet 1913 (p. 595). (résumée).

*Torsion intravaginale chez un adolescent de 14 ans.
Intervention le 8^e jour. Guérison.*

En février 1912, entra dans le service un enfant de 14 ans 1/2 atteint d'orchite gauche.

Les accidents remontaient à 8 jours et auraient été causés par un coup de poing, disait l'enfant, qui d'ailleurs avouait se livrer à la masturbation. On ne releva pas d'urétrite, aucun signe de tuberculose, aucune tare héréditaire.

Le scrotum était rouge et œdématié à gauche. Le testicule semblait avoir le volume d'un petit œuf de poule et se révélait douloureux, surtout à son pôle supérieur. Il nous fut impossible de trouver l'épididyme ; l'opacité de la tumeur était absolue. Je vis l'enfant le lendemain de son entrée et fit le diagnostic de torsion, et je l'opérai immédiatement.

Après avoir traversé un centimètre de scrotum infiltré, je tombai sur la vaginale noirâtre. Au-dessus d'elle, je cherchai sur le cordon, la torsion que j'avais diagnostiquée : elle n'y était pas. J'ouvris alors la vaginale et je trouvai le testicule apoplectique d'un noir ardoisé, surmonté d'une torsion sus-épididymaire du cordon, torsion intravaginale, très serrée de 1 tour 1/2. Je détordis, fixais le testicule à la vaginale et la vaginale au scrotum. La guérison survient par première intention.

Les six observations inédites qui suivent, proviennent de l'Hôpital Trousseau. Elles nous ont été très aimablement communiquées par M. le Docteur Sorrel, chef de service de chirurgie infantile.

OBSERVATION II

Torsion du testicule gauche en ascension chez un garçon de 5 ans 1/2. Intervention au 2^e jour. Guérison.

S... Pierre, âgé de 5 ans 1/2, entre à l'Hôpital Trousseau, le 8 mars 1931, pour une tuméfaction douloureuse au niveau de la région inguino-scrotale gauche.

La veille, l'enfant, pendant qu'il était au repos, sans cause manifeste, a ressenti une douleur au niveau du testicule gauche. Un gonflement est apparu aussitôt après la douleur.

A l'examen, on constate une tuméfaction siégeant à la partie haute du scrotum, presque au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal gauche, dont les

téguments sont rouges et infiltrés. La palpation révèle que cette tumeur est douloureuse à la pression, que le cordon est augmenté de volume et sensible.

Rien d'alarmant au point de vue des signes généraux. La température est à 37°8, pas de vomissements, pas de constipation. L'autre testicule est normal.

Il s'agit d'une torsion du testicule pour laquelle on pratique une intervention immédiate.

Opération le 8 mars 1931. Anesthésie générale à l'éther. Incision inguinale. Extériorisation du cordon et du contenu scrotal. L'ouverture de la vaginale laisse écouler un liquide clair. Le testicule est tuméfié, de teinte ardoise foncé. L'épididyme et l'hydatide de Morgagni sont violets, noirâtres. L'ensemble présente une torsion d'un tour, autour du cordon, dans le sens des aiguilles d'une montre. Cordon et gubernaculum sont œdématiés. On attend quelques minutes, en lavant au sérum chaud. L'albuginée redevient blanchâtre et la tuméfaction diminue. Dans ces conditions, le testicule est réintégré dans le scrotum et la peau suturée sans drainage. Le testicule est en position inversée : l'épididyme en bas.

Les suites opératoires sont simples et sans aucun incident. Ablation des agrafes le 14 mars. L'enfant quitte l'hôpital le 15 mars 1931 complètement guéri.

OBSERVATION III

Torsion probable d'un testicule droit ectopié chez un nourrisson de 4 mois. — Détorsion spontanée constatée à l'intervention.

G... Jean, 4 mois, entre à l'Hôpital Trousseau le 26 avril 1931, parce qu'il a avalé une broche. Il est opéré le 27 avril 1931 (gastrotomie pour corps étranger). Le lendemain de l'intervention on remarque une légère tuméfaction de la région inguinale droite. L'enfant est agité et paraît souffrir. On pense à une irritation par le iod. Les jours suivants, les phénomènes locaux augmentent d'intensité. La tuméfaction de la région inguinale droite prend la grosseur d'une petite noix. La palpation de la masse est douloureuse ; elle est rénitente, irréductible. Il est impossible de percevoir séparément testicule et épiddidyme. On constate que les testicules sont absents dans les bourses.

L'enfant ne vomit pas, va normalement à la selle, la température est à 37°3.

En présence de ce tableau on décide une intervention après avoir diagnostiqué : torsion du cordon spermatique.

Opération le 31 avril 1931.

Sans anesthésie. Incision inguinale droite. La masse arrondie est constituée par le testicule. La vaginale est épaissie et un peu de liquide louche en sort. La paroi de la vaginale est tapissée par une fausse membrane verdâtre. Le testicule est congestionné, un peu ardoisé ; on prolonge l'incision vers le haut, mais on ne trouve pas de torsion évidente du cordon. Il doit s'agir d'une détorsion spontanée sans que l'on ait des preuves formelles. Suture des parois avec drainage filiforme.

Suites opératoires normales. Guérison sans incident du côté de la plaie. Le nourrisson quitte le service le 9 mai 1931.

OBSERVATION IV

Hernie et torsion du testicule droit ectopié chez un nourrisson de 6 mois. Intervention le deuxième jour. Guérison.

L... Isaac, 6 mois et demi, entre dans le service, le 1^{er} juin 1931.

Sa mère l'amène parce qu'elle s'est aperçue que l'enfant présente à droite au niveau de l'anneau inguinal une petite hernie, et surtout parce que l'enfant commençait à souffrir la veille de douleurs violentes, dans l'aîne droite.

A l'examen on constate une tuméfaction au niveau de la région inguinale droite, dont la palpation provoque une douleur intense. Les téguments qui glissent sur la tumeur ont une coloration rouge et sont infiltrés.

Les selles sont normales, pas de température, pas de vomissements. Il n'y a pas de testicule dans l'hémiscrotum droit. Le testicule gauche est en place.

On diagnostique : torsion du testicule droit ectopié, on propose à la mère l'opération immédiate, qui est acceptée.

Intervention le 1^{er} juin 1931. Sans anesthésie. Incision inguinale. Après incision des divers plans infiltrés d'un œdème gélatiniforme, ouverture d'un sac herniaire contenant une anse grêle et le testicule droit noirâtre, qui est beaucoup plus gros que celui du côté opposé. Il est tordu de un tour sur son pédicule. Dé-torsion; fermeture de l'anneau. Abaissement du testi-

cule, réfection de la paroi (un plan préfuniculaire). Réunion sans drainage.

Bon état post-opératoire. Le testicule est resté abaissé. Exeat le 9 juin 1931. Guérison complète.

OBSERVATION V

Torsion du testicule droit chez un nourrisson de 2 mois et demi. Intervention le troisième jour. Guérison.

C... Jacques, 2 mois et demi, est amené le 2 juin 1931 au matin à l'hôpital Trousseau.

La mère raconte qu'elle a remarqué la veille une tuméfaction dans la région inguino-scrotale droite.

En effet, l'examen révèle dans cette région une tumeur de volume d'une très petite noix, qui descend très bas, refoulant le testicule. Elle est tendue, irréductible et peu douloureuse. Les téguments sont rosés. Le cordon est tuméfié. La température est à 37°2, le pouls bien frappé. Emission des gaz et des matières, mais pendant les dernières 24 heures seulement une selle plus liquide que d'habitude.

La deuxième bourse ne présente aucune modification.

L'intervention est pratiquée le lendemain de l'entrée de l'enfant.

Sans anesthésie. Incision sur la tumeur. Ouverture d'une hydrocèle funiculo-scrotale contenant du liquide citrin. La vaginale est épaissie et infiltrée. Le testicule est tordu d'un tour. Remise en place. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Le lendemain de l'opération la

température monte à 38°8 pour descendre ensuite à 37°2. Apparition d'un hématome, qui se résorbe dans les jours suivants. Le 10 juin, ablation des fils. Le 11 juin exeat, état satisfaisant.

OBSERVATION VI

Torsion d'un testicule droit en ectopie inguinale chez un garçon de 5 ans. Intervention le premier jour. Guérison.

V... André, âgé de 5 ans, est amené d'urgence le 20 juin 1931 à l'hôpital Trousseau.

L'enfant sans aucune tare, quelques jours avant fort bien portant, a été pris soudainement et sans raison appréciable, le jour même de son entrée, d'une douleur au niveau de la région inguinale droite, suivie bientôt d'une tuméfaction gênante.

A l'examen on constate une tuméfaction siégeant à la partie interne du pli inguinal droit, dont les téguements ont un aspect rouge, un peu phlegmoneux, traduisant l'infiltration. La palpation montre que le scrotum renferme seulement le testicule gauche. La tuméfaction inguinale doit répondre au testicule droit augmenté de volume. L'épididyme ne peut pas être identifié. La masse est douloureuse.

L'enfant n'a pas de vomissements, ni nausées, il va normalement à la selle et émet des gaz. La température est à 37°6.

On pratique *l'intervention*. Anesthésie à l'éther. Incision inguinale. Ouverture d'une séreuse ; il s'agit du canal péritonéo-vaginal contenant le testicule ecto-

pié, augmenté de volume, tordu en masse au niveau du cordon d'un tour de dehors en dedans. Le testicule est très œdématié et de teinte ardoisée. Détorsion. Fermeture de l'anneau. Abaissement facile du testicule. Réfection de la paroi (deux plans préfuniculaires).

Les suites opératoires sont marquées par une élévation de la température à 39°9 le lendemain de l'opération. Elle descend le deuxième jour à 37°6. Une congestion pulmonaire retarde l'exeat de l'enfant jusqu'au 10 juillet. Une cuti-réaction faite le 4 juillet se montre négative. Localement, rien de particulier à noter. Bonne cicatrisation.

OBSERVATION VII

Torsion du testicule droit en ectopie inguinale chez un garçon de 7 ans et demi. Intervention le deuxième jour. Guérison.

S... Jacques, âgé de 7 ans et demi, entre le 27 juin 1931 dans le service.

Le 26 juin, le garçon en jouant avec ses camarades ressentit brusquement une douleur assez vive au-dessus du pli inguinal droit. Sa mère l'amène le lendemain à l'hôpital.

On constate alors à l'examen la présence d'une tuméfaction douloureuse au-dessus du pli de l'aîne droit où la peau est rouge, tendue et chaude. La tuméfaction a le volume d'un œuf de pigeon, elle ne laisse pas identifier ni testicule ni épидидyme.

La température est 37°6. Pas d'arrêt des matières et des gaz. Le testicule gauche est en place.

Le diagnostic de torsion du testicule en ectopie est posé et l'intervention pratiquée le jour même.

Anesthésie générale à l'éther. Incision inguinale. Testicule à l'orifice superficiel, basculé autour de l'anse déférentielle sans torsion nette, mais les tissus voisins sont œdédiatiés, la vaginale ardoisée. Cure de l'ectopie par le procédé d'Ombredanne. Fermeture.

Suites opératoires simples. Le lendemain de l'intervention la température est à 38°3 pour ne dépasser dans les jours suivants 37°4. L'enfant quitte le service le 5 juillet 1931 complètement guéri.

OBSERVATION VIII

De M. le Professeur Lenormant

publiée dans la « Presse Médicale » le 20 avril 1929.

*Torsion intravaginale récidivante du testicule droit
chez un garçon de 17 ans. Intervention à la troi-
sime crise. Guérison.*

Un garçon de 17 ans entre à la Pitié dans la soirée du 7 janvier 1929, pour des accidents aigus, d'allure inflammatoire au niveau de la région testiculaire droite.

Je l'examine le lendemain matin et je fais les constatations suivantes. La moitié droite du scrotum est le siège d'une tuméfaction évidente, la peau présente une coloration rouge vif, les plans superficiels sont fortement œdédiatiés. Cet œdème gêne l'exploration des organes profonds mais plus encore la douleur très intense que provoque le moindre attouchement. Pour-

tant, avec de la douceur et de la patience, je parviens à palper le contenu du scrotum et il me semble reconnaître, en avant, un épидидyme très augmenté de volume et très dur ; en arrière de lui et coiffé par lui, donc en position d'inversion, un testicule de consistance à peu près normale. En outre, la palpation révèle une douleur très vive tout le long du cordon, depuis l'orifice inguinal externe jusqu'à la racine des bourses. Du côté gauche, rien à signaler. Malgré l'intensité de la douleur, l'état général est bon, la température à 37°6.

Interrogé sur le début de ces accidents, le malade raconte qu'il a ressenti pour la première fois, il y a une dizaine de jours, une douleur brusque, très intense, localisée au testicule droit; mais cette douleur n'a duré que quelques minutes puis a complètement disparu et le malade n'y a pas attaché grande importance.

Le 5 janvier, les douleurs reparaissent ; cette fois, elles irradient du scrotum au bas-ventre et elles surviennent par crises paroxystiques assez violentes et assez rapprochées pour que le malade soit obligé de se coucher et de passer la journée dans son lit ; mais il ne remarque aucun gonflement, aucune modification physique de la région douloureuse.

Le lendemain, au réveil, la douleur a disparu ; le jeune homme se lève et vaque à ses occupations jusqu'à 5 heures du soir. A ce moment, reprise brusque et plus violente que jamais des phénomènes douloureux qui, dès lors, ne cesseront plus. Le malade rentre chez lui, se couche, et constate alors pour la première fois, la tuméfaction de la bourse droite.

Le 7 janvier, malgré le repos, douleur et tuméfaction n'ont fait que s'accroître et le malade s'est décidé à venir à l'hôpital.

J'intervins le jour même, sous rachi-anesthésie. Les enveloppes superficielles traversées, j'ouvris la vaginale qui renfermait un peu de liquide hématique. Le testicule et l'épididyme avaient subi une torsion d'un tour et demi ; la torsion très serrée, portait sur la portion intra-vaginale du cordon, l'épididyme était très volumineux et d'une coloration noire uniforme ; le testicule manifestement moins altéré, était cependant gros et parsemé de taches ecchymotiques. Malgré l'ancienneté relative de la torsion (40 heures environ), malgré l'aspect des lésions, il me parut légitime de tenter la conservation de l'organe ; après détorsion, je réintérai le testicule et l'épididyme dans le scrotum où je le fixai et renfermai complètement l'incision cutanée.

Le malade guérit sans incident et quitta le service au bout d'une douzaine de jours.

OBSERVATION IX

De M. le Docteur Albert Mouchet, communiquée à la Soc. Nat. de Chir. de Paris, le 11 avril 1923 et publiée dans la « Presse Médicale », le 30 mai 1923.

Torsion de l'hydatide de Morgagni chez un garçon de 14 ans, datant de trois jours. Intervention. Guérison.

Il y a près d'un an entrain dans mon service un garçon de 14 ans sans antécédents spéciaux, héréditai-

res ou personnels, qui souffrait d'un gonflement de la bourse droite. Ce gonflement assez notable s'accompagnait d'une rougeur vive du scrotum et d'un œdème sous-cutané assez marqué. Pas de liquide dans la vaginale. Le testicule paraît doublé de volume et impossible à distinguer de l'épididyme ; sa palpation est très douloureuse. Le cordon est augmenté de volume et sensible à la pression au-dessus de l'épididyme. Je pensai à une torsion du cordon à marche lente.

La température était peu élevée (38°2 le soir, 37°3 le matin) et après deux jours de repos au lit et d'applications locales émollientes, les phénomènes inflammatoires locaux semblaient en voie de régression. Aussi hésitais-je à intervenir, lorsque, mû par un sentiment de curiosité et persuadé de l'innocuité de *l'opération*, je me décidai à inciser la vaginale. Elle ne renfermait pas de liquide ou à peine, elle était un peu épaissie; l'épididyme dans ses deux tiers supérieurs était très œdématié, parcouru par de nombreuses arborisations vasculaires, il n'existait aucune torsion du cordon extra ou intra-vaginale, mais ce qui me parut tout à fait étrange, l'hydatide de Morgagni implantée sur le pôle supérieur du testicule était d'un rouge vineux presque noir, du volume d'un gros pois, tordue sur son pédicule dans le sens des aiguilles d'une montre. Je la détordis, je l'excisai et je la confiai pour examen microscopique à mon ami Lecene qui me répondit qu'il s'agissait d'une hydatide infarctée.

La vaginale avait été refermée au catgut sans drainage, après l'ablation de l'hydatide et le scrotum suturé aux crins. Les suites opératoires furent parfaites. Les douleurs cessèrent immédiatement, la température tomba et l'enfant quitta mon service complè-

tement guéri au bout de 8 jours, conservant seulement un épидидyme très légèrement augmenté de volume. Je l'ai revu depuis, dans un excellent état local et général.

Suivent quatre observations inédites, qui nous ont été également très aimablement communiquées par M. le Docteur Sorrel, Chef du Service de Chirurgie infantile de l'hôpital Trousseau.

OBSERVATION X

*Torsion de l'hydatide de Morgagni datant de 6 jours.
Intervention. Guérison.*

H... Roger, âgé de 12 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 11 juillet 1931, pour une tuméfaction de la bourse droite.

Le 5 juillet, sans aucun traumatisme, sans aucun effort, l'enfant ressent au niveau de la bourse droite une douleur subite, qui va s'accroissant les jours suivants, en même temps que la bourse du même côté augmente progressivement de volume.

A l'examen pratiqué le jour de son entrée, on trouve une bourse droite très volumineuse, tendue, œdématisée, avec coloration rosée des téguments. L'exploration est douloureuse et la douleur nettement plus vive au niveau du pôle supérieur du testicule, au voisinage de la tête de l'épididyme; le cordon est normal et indolent.

Peu d'amaigrissement, pas d'anorexie, température à 37°4. Aucun autre symptôme.

On pose le diagnostic: torsion de l'hydatide sessile de Morgagni datant de 6 jours; on propose une *intervention* qui est acceptée.

Incision scrotale dont les plans sont très infiltrés. La vaginale est épaissie, d'aspect inflammatoire. Dès l'ouverture de la vaginale, l'hydatide sessile de Morgagni se présente comme un petit globule rouge foncé, semblable à un caillot de sang, son pédicule est tordu, le testicule et l'épididyme sont légèrement augmentés de volume.

Ablation de l'hydatide après ligature du pédicule. La vaginale et le scrotum sont refermés avec drainage filiforme.

Les suites opératoires ont été excellentes. La cessation de la douleur a été très rapide, de même la disparition des phénomènes inflammatoires. L'enfant a quitté le service le 18 juillet 1931 complètement guéri.

OBSERVATION XI

*Torsion de l'hydatide de Morgagni datant de 8 jours.
Intervention. Guérison.*

D... André, âgé de 13 ans, entre le 5 octobre 1931, dans le service pour des douleurs dans la bourse gauche, qui est légèrement augmentée de volume.

Il y a 8 jours, le 28 septembre, cet enfant, jusque-là en excellente santé, s'est plaint du testicule gauche, douleur survenue sans aucune cause manifeste et suivie dans les jours suivants d'un gonflement de la bourse de ce côté.

L'examen montre un enfant bien constitué pour son

âge, en bon état de santé générale, qui se plaint d'un endolorissement de la partie gauche des bourses, cependant sans être gêné pour la marche.

L'inspection des organes génitaux permet de constater que l'hémiscrotum gauche est rouge, déplissé, et est le siège d'une tuméfaction œdémateuse. L'exploration provoque des douleurs sans localisation nette. Elle permet de sentir une masse du volume d'une grosse noix, dans laquelle il est difficile de distinguer l'épididyme du testicule. Le cordon n'est ni augmenté de volume, ni douloureux. Aucun écoulement urétral. Dans les antécédents personnels de ce garçon, aucune maladie infectieuse générale récente.

Intervention le 5 octobre 1931. Anesthésie générale à l'éther. Incision du scrotum gauche; ses plans sont infiltrés de sérosité, œdématiés. Lorsqu'on incise la vaginale, il s'écoule un liquide citrin à peine foncé. Une fois la vaginale incisée on voit apparaître l'hydatide de Morgagni tuméfiée, grosse comme un gros pois d'aspect brunâtre, mais non violacée. En tout cas, son pédicule est nettement tordu de deux tours au moins, sans qu'on puisse apprécier le sens de la rotation.

L'épididyme est congestionné, œdématié. Le testicule est normal ainsi que le cordon.

Ligature du pédicule et ablation de l'hydatide. Résection de la vaginale. Suture sans drainage.

Suites opératoires simples. Le lendemain, les douleurs ont complètement disparu. La température est à 37°5. L'enfant sort guéri le 14 octobre 1931. L'épididyme reste gros et légèrement induré.

OBSERVATION XII

*Torsion de l'hydatide de Morgagni datant de 7 jours.
Intervention. Guérison.*

B... Jean, 13 ans, est pris le 12 novembre 1931, après une séance de gymnastique, d'une douleur au pli de l'aîne. Vingt-quatre heures après, une tuméfaction est apparue au niveau de l'hémiscrotum gauche, le testicule gonfle peu à peu dans les jours suivants en même temps qu'une rougeur dans la région fait son apparition. Ces phénomènes augmentant d'intensité et la marche devenant impossible, on amène l'enfant à l'hôpital, où il est admis le 19 novembre 1931.

Rien de notable dans les antécédents héréditaires et personnels. A son entrée, l'enfant présentait un bon facies, poulx à 80, température à 37°.

Localement, la bourse gauche est œdématiée, dépliée, rouge. Le testicule augmenté de volume, entouré d'une vaginale qui contient un peu de liquide. Il est sensible avec un point douloureux au niveau de son pôle supérieur. Par contre, le cordon dans ses portions funiculaire et inguinale est indolore et de volume normal.

Aucun signe d'urétrite, toucher rectal est négatif.

Intervention le 19 novembre 1931. Anesthésie générale à l'éther. Incision scrotale ; œdème entre les différentes couches. A l'ouverture de la vaginale s'écoule un peu de liquide citrin. On trouve de suite une hydatide implantée entre la tête de l'épididyme et le pôle supérieur du testicule, complètement violacée, noirâtre. L'épididyme est congestionné.

Le pédicule de l'hydatide est sectionné. Résection de la vaginale avec surjet homostatique. Fermeture sans drainage. Suites opératoires tout à fait normales. La douleur ainsi que les phénomènes inflammatoires disparaissent dans les heures qui ont suivi l'opération. L'enfant sort de l'hôpital le neuvième jour entièrement guéri.

OBSERVATION XIII

Hydrocèle droite. Intervention. Présence de petites concrétions riziformes probablement en rapport avec le reliquat d'une hydatide, dont la torsion avait passé inaperçu.

I... Robert, 10 ans et demi, entre le 4 novembre 1931, à l'hôpital Trousseau, pour hernie étranglée.

Les parents racontent que l'enfant présentait une hernie congénitale, qui disparut, puis reparut à plusieurs reprises. Cette hernie serait réapparue le 3 novembre brusquement, mais sans douleurs ni vomissements.

A l'examen, la bourse droite est le siège d'une tuméfaction, qui est irréductible et transparente. Cette tuméfaction, fait curieux, donne une crépitation spéciale très nette. Le diagnostic porté est celui d'hydrocèle présentant peut-être une petite poussée inflammatoire. C'est pourquoi on attend quelques jours pour opérer.

Opération le 7 novembre 1931. Anesthésie générale à l'éther. Incision inguinale. Hydrocèle communi-

cante à contenu clair citrin; quelques petites irrégularités riziformes à la surface du testicule expliquent la crépitation perçue cliniquement. Testicule d'apparence saine, absence de l'hydatide, tissus du cordon infiltrés. Fermeture de l'anneau. Retournement de la vaginale. Réfection de la paroi.

Suites opératoires simples, sans aucun incident. L'enfant quitte le service le 16 novembre.

OBSERVATION XIV

de M. le Docteur Alfred Mouchet,

« *Presse Médicale* », 24 octobre 1928, p. 1345

*Forme fruste d'une torsion de l'hydatide de Morgagni.
Intervention le cinquième jour. Guérison.*

St... Israël, 15 ans, apprenti peintre, après être allé à la selle dans l'après-midi du 20 février 1927, ressent une légère douleur dans le scrotum gauche en se reculottant. Cette douleur cesse par le repos au lit.

Le lendemain, l'enfant ne ressent plus qu'une douleur insignifiante en pressant sur son scrotum gauche; il n'y a pas de douleur spontanée.

Le 22 février, dans l'après-midi, en se baissant pendant son travail, St... ressent à nouveau de la douleur dans le scrotum gauche.

La douleur persiste le lendemain, ce jeune homme vient consulter à l'hôpital Saint-Louis.

Aucune modification de l'aspect extérieur des bourses. Les testicules, encore peu développés — malgré l'âge du sujet — paraissent normaux.

Mais au-dessus du pôle supérieur du testicule gauche, on sent une nodosité assez difficile à délimiter, douloureuse à la pression. Pas de liquide dans la vaginale. L'épididyme et le cordon paraissent normaux. Etat général parfait, pas d'hyperthermie.

Opération le 24 février 1927. Incision scrotale gauche de la vaginale ouverte, il sort une petite quantité de liquide séreux et immédiatement apparaît l'hydatide sessile de Morgagni ; à peine augmentée de volume, mais noire comme une truffe. Elle est tordue d'un tour et demi sur son pédicule, dans le sens des aiguilles d'une montre. Testicule et épididyme sont normaux.

Détorsion; ablation de l'hydatide sans ligature du pédicule. Retournement de la vaginale. Sutures des téguments aux crins de Florence. Réunion *ad primam*.

Les douleurs dans le scrotum ont cessé après l'opération.

OBSERVATION XV

De M. le Docteur Alphonse Michel (de Marseille), rapport à la Soc. de Chir. de Paris, le 26 octobre 1927 (par Mouchet, p. 1144).

Torsion de l'organe de Giraldès chez un enfant de 2 ans et demi. Intervention le quatrième jour. Guérison.

C..., 2 ans et demi, est souffrant depuis deux jours. Le 12 février 1927, un médecin constate l'existence d'une tuméfaction douloureuse de la bourse droite;

la mère lui affirmant que son enfant avait toujours eu les bourses, et en particulier la droite, beaucoup plus développées que les enfants de son âge, conseille d'attendre 24 heures, en faisant des applications de compresses humides chaudes. Il y a eu un vomissement, pas de selles depuis 24 heures, mais émission des gaz; la température est de 38°2, l'état général est bon et l'enfant souffre peu spontanément.

Le lendemain, la tuméfaction scrotale ayant encore augmentée, je suis appelé et je trouve une bourse droite très volumineuse, dont la peau est tendue, œdémateuse et de coloration rosée, contrastant avec la gauche, qui est d'aspect sensiblement normal. La palpation paraît extrêmement douloureuse et provoque des cris violents. On peut se rendre compte qu'il existe dans cette bourse une masse de volume d'une très grosse cerise rénitente, donnant, au premier abord, l'impression d'une anse intestinale étranglée. Cependant, une exploration plus minutieuse permet de mettre en évidence deux faits importants : la tumeur scrotale s'arrête au niveau de l'orifice inguinal externe, dont on peut nettement la séparer ; d'autre part, elle descend jusqu'au contact du testicule, mais en est manifestement indépendante ; le testicule droit est peu douloureux, à peine un peu plus gros que le gauche.

Je pense, après avoir éliminé l'étranglement herniaire, à un accident mécanique de torsion ; sans cependant oser affirmer qu'il s'agit de l'hydatide, malgré l'évolution subaiguë sans température élevée et peu de douleur spontanée; la tumeur me paraissant située bien haut, mais surtout être trop indépendante de l'appareil épидидymo-testiculaire. Je conseille une opération immédiate, qui est acceptée.

Le 12 février 1927, le quatrième jour après le début des accidents, *intervention* sous chloroforme. Incision des téguments et du tissu cellulaire, qui sont œdématisés et ont une épaisseur de près de 2 cm. Dès l'ouverture de la gaine du cordon, il s'écoule une petite quantité de liquide rosé et une tumeur kystique, de coloration noirâtre, du volume d'une grosse cerise, fait saillie. Elle est contenue dans une cavité séreuse qui se termine en haut vers l'anneau inguinal par un cul-de-sac et qui, en bas, communique avec la vaginale, dont elle n'est qu'un prolongement. Cette tumeur est implantée sur la paroi séreuse par un pédicule très long et presque filiforme, qui a subi une torsion de trois tours dans le sens de la marche des aiguilles d'une montre. Cette implantation se fait en 1 cm. au-dessus du pôle supérieur du testicule, qui est sensiblement normal, à peine un peu vascularisé, et où l'on aperçoit une hydatide sessile de Morgagni normale et de petites dimensions. Le pédicule de la tumeur est sectionné sans ligature au ras de son implantation ; suture de la vaginale par deux points de catgut ; crins sur la peau. Suites opératoires bonnes.

Dans cette observation se trouve réalisé le syndrome d'orchite subaiguë de l'enfance ; mais dans ce cas, ce n'est certainement pas l'hydatide qui se trouve en cause. Par sa situation et par son implantation sur le trajet du cordon, à 1 cm. au-dessus du pôle supérieur du testicule, cette tumeur kystique ne me paraît pouvoir répondre qu'à l'organe de Giralès, résidu embryonnaire qui est constitué par des formations tubuleuses et vésiculeuses.

Il me paraît logique de penser qu'une de ces formations résiduelles a pris un développement anormal

et a fini par n'être plus rattaché à son lieu d'origine que par un pédicule long et très mince, très susceptible de se tordre sous une influence mécanique.

OBSERVATION XVI

De MM. les Docteurs F. Solier et P. Huard, rapport à la Soc. de Chir. de Paris, le 22 mai 1929 (par Mouchet, p. 730).

Nécrobiose d'un débris wolffien (vas aberraus) par torsion probable. Intervention le huitième jour. Guérison.

F..., 36 ans, ouvrier maçon, nous est adressé le 2 mai 1928. Il a été pris brusquement, le 29 avril, dans l'aine et la bourse droites, d'une douleur soudaine, intense, survenue sans cause apparente alors qu'il montait un escalier. Aucun effort, aucun traumatisme, rien dans l'état de santé antérieur ne peut expliquer cette localisation.

Le scrotum augmente aussitôt et rapidement de volume, il devient pesant ; le repos au lit n'apporte aucune amélioration. Le 3 mai, à l'examen, tuméfaction rouge vineux de la peau. Douleurs très accusées, exagérées au moindre frôlement, avec maximum exquis dans le sillon épидидymo-testiculaire. Le cordon est épaissi ainsi que l'épididyme ; la vaginale contient une petite lame de liquide ; le testicule lui-même ne paraît pas modifié.

Ventre souple, pas de vomissements, ni de constipation. L'état général est bon, le pouls normal, la température ne dépasse pas 37°6. A noter qu'on ne relève aucune manifestation ni aucun antécédent infectieux ou blennorragique ; le toucher rectal est négatif. Le repos, l'immobilisation des bourses n'amènent aucune sédation.

Intervention le 5 mai, sous éther : incision inguinoscrotales qui découvrent un cordon congestionné et par laquelle le testicule est extériorisé, pas de torsion. A l'ouverture de la vaginale, il s'écoule un peu de liquide citrin, des fausses membranes tapissent les parois. L'hydatide de Morgagni d'aspect normal.

Mais du côté externe, dans le cul-de-sac épидидymo-testiculaire, et parmi de fausses membranes plus épaisses et plus adhérentes, on découvre et on libère une masse noirâtre, turgescence, piriforme, du volume d'un gros haricot, laquelle ne tient à l'épiderme que par sa petite extrémité formant pédicule. Aucune torsion ne peut être mise en évidence. Ligature et résection de cette petite tumeur.

La vaginale épaissie et saignante est excisée avec surjet hémostatique sur la tranche. Suture de la paroi sur drainage filiforme (24 heures). Dès le lendemain, cessation radicale des symptômes douloureux la détente est frappante. Réunion *per primam*. F... quitte l'hôpital, le 19 mai, complètement et définitivement guéri.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce a donné le résultat suivant : « Nombreux tubes épithéliaux à cellules hautes, prismatiques, ciliées, tubes du type

épididymaire ne contenant pas de spermatozoïdes, mais remplis par un magma bourré de polynucléaires. Zones hémorragiques et aspects d'infection aiguë selon les points du conjonctif péritubulaire. Débris wolffien infecté (vas aberrans, de Haller probablement ou kyste para-épididymaire).

Conclusions

I. — A côté des orchites de l'enfance et de l'adolescence, en relation avec une infection de l'urèthre ou une maladie infectieuse générale (oreillons, variole, etc.), il existe des syndromes analogues qui ne sont pas des vraies orchio-épididymites.

II. — Ce sont, lorsque les phénomènes sont aigus, des torsions du cordon spermatique, soit intravaginales (le plus souvent), soit supravaginales ; lorsque les phénomènes sont simplement subaigus, ce sont des torsions de l'hydrotide sessile de Morgagni ou d'une autre annexe testiculaire.

III. — Ce sont des affections — les premières surtout — relativement fréquentes, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit et elles ne sont pas rares chez le nourrisson, notion généralement peu admise jusqu'ici.

IV. — L'étiologie, malgré l'abondante littérature qu'elle a suscitée et malgré les nombreuses observations qui ont été publiées, en reste fort obscure. Il semble qu'il faille invoquer une cause anatomique

prédisposante : la pédiculisation avec mobilité anormale du testicule ou de l'hydatide, et une cause déterminante qui nous échappe complètement.

V. — La nécrobiose hémorragique est le type anatomopathologique le plus habituel des lésions.

VI. — La symptomatologie est caractérisée par l'association de signes généraux minimes avec un syndrome local typique, dont les éléments principaux sont la douleur et la tuméfaction d'aspect inflammatoire.

VII. — Il est souvent possible de faire cliniquement le diagnostic entre la torsion testiculaire proprement dite et la torsion d'hydatide, dont l'allure est atténuée et subaiguë, avec localisation du maximum des signes douloureux et inflammatoires au niveau du pôle supérieur du testicule.

VIII. — Le traitement ne peut être que chirurgical. L'expectation doit être formellement rejetée, et l'intervention d'urgence est la seule conduite justifiée, aussi bien dans la torsion du testicule que dans celle de l'hydatide.

Vu :
LE DOYEN,
BALTAZARD.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

- ABERNETHY. — Torsion and strangulation of the hydatid of Morgagni (*Brit. Med. J.*, janvier 1929, p. 144).
- ACGNAVIA. — Réflexions sur l'orchite aiguë des enfants (*Marseille Médical*, 1927, p. 76).
- ARTAUD. — Torsion et luxation d'un testicule (*Bull. et Mém. Soc. de Chir de Marseille*, fév. 1931).
- BERGERET et DENOY. — Orchite subaiguë des enfants par torsion de l'hydatide de Morgani. (Rapp. Mouchet, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1924, p. 878).
- BROCA. — Traité de Chirurgie infantile, chapitre organes génitaux, p. 1077.
- BROSTER and COYT. — Torsion of the appendix of the testis (hydatid of Morgagni) (*Brit. Med. J.*, janvier 1929, p. 145).
- BRUNZEL. — Zur Kasuistik und Diagnose der Torsion des Skrotalhoden (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1917, p. 409).

- COMBY. — L'orchite aiguë chez les enfants (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1923, p. 754).
- COLT (G.-H.). — Torsion of the hydatide of Morgagni (*The British Journal of Surgery*, janvier 1922).
- DENOY et CODET. — Quelques remarques sur 3 cas de torsion de l'hydatide chez l'enfant (*Gazette des Hôpitaux de Paris*, 18 fév. 1925).
- ENDERLEN. — Klinische und experimentelle Studien zur Frage der Torsion des Hodens (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1896, p. 177).
- FLACH (de Bastia). — Torsion de l'hydatide de Morgagni (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Marseille*, mars 1930).
- FÈVRE. — Torsion de l'hydatide de Morgani (*Annales d'Anat. path.*, juin 1929, p. 693).
- FOLLIASSON. — Le syndrome orchite aiguë primitive et son traitement (*Hôpital*, oct. 1929, p. 664).
- FOUCAULT (de Poitiers). — Torsion de l'hydatide de Morgagni et du cordon spermatique chez un nourrisson de onze mois (Rapport Mouchet, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1925, p. 423).
- GAMBOA et NUDELMAN. — Síndrome orchitis primitiva aguda de la infancia (*Semana Medica*, 9 avril 1931).
- GARCIA LAGOS et CUCULLU. — Torsion de la hidatide testicular de Morgagni (*Semana Medica*, 19 sept. 1929).

HARTMANN et RENAUD. — Un cas de torsion du testicule en ectopie chez l'enfant (*Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique de Paris*, 1921, p. 257).

JECHIEL. — A propos d'un cas de torsion du testicule opéré à la 6^e heure et suivi de guérison (*Journal d'Urologie*, avril 1931).

KLINGER. — Torsion des Samenstranges (*Münchner Med. Wochenschr.*, 21 febr. 1905).

LAPOINTE. — La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule (Maloine, éditeur, Paris, 1904).

LANDAU. — Bauchpresse und Torsion des Samenstranges (*Münchner Med. Wochenschr.*, april 1905).

LE GAC et FOURNIER. — Un cas de volvulus du testicule (*Bull. et Mém. Soc. Anatomique de Paris*, 1921, p. 377).

LEGUEU. — Ce qu'il faut penser de l'orchite traumatique (*Paris Médical*, avril 1922).

LENORMANT. — Torsion du testicule (*Presse Médicale*, 20 avril 1929).

LEO. — Torsion de l'hydatide sessile de Morgagni (*La Clinique*, mars 1930, p. 92).

LEVEUF. — Trois observations de torsion de l'hydatide de Morgagni (Rapport Mouchet, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 10 avril 1925).

MATRY. — Torsion du testicule. Intervention précoce. Détorsion et fixation. Guérison. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 10 déc. 1930, rapport Mouchet).

MARTIN (André). — Les orchites aiguës par torsion chez l'enfant (*J. de Méd. et Chir. pratique*, 10 juillet 1931).

— Orchites aiguës de l'enfance, de cause mécanique (*Médecine*, 1926, p. 32).

— Les orchites chez l'enfant (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, fév. 1927).

MAUCLAIRE. — Nécrose spontanée et hémorragique du testicule (*Monographie*, 1902).

MÉGRET. — Torsion du testicule et de l'hydrotide (*Bourgogne Médicale*, août 1927).

MICHEL (de Marseille). — Orchite subaiguë de l'enfance par torsion de l'organe de Giraldès (Rapport Mouchet, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, oct. 1927, p. 1144).

MIRANSKY. — Torsion (volvulus) du testicule (*Thèse de Montpellier*, 1928).

MORENO GONI. — Torsione del epididimo (*Semana Médica*, 18 déc. 1930).

MOUCHET. — Sur une variété d'orchite aiguë de l'enfance et adolescence (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 11 avril 1923 et *Presse Médicale*, 30 mai 1923).

- Torsion du cordon spermatique chez l'enfant (*Paris Médical*, 15 juillet 1922).
 - Torsion à la fois extra et intra-vaginale d'un testicule droit en ectopie inguinale. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, janv. 1923).
 - Les orchites aiguës et subaiguës primitives chez les enfants et les adolescents (*Bull. et Mém. Soc. de Pédiatrie de Paris*, 16 déc. 1924).
 - Les orchites subaiguës de l'enfance et adolescence par torsion de l'hydatide de Morgagni (*Monde Médical*, juin 1926).
 - Les formes frustes de la torsion de l'hydatide de Morgagni (*Presse Médicale*, 24 oct. 1928).
- NICOLLEAU. — L'orchite aiguë des enfants due à la torsion de l'hydatide de Morgagni (*Thèse de Paris*, 1924).
- OLRY. — Le syndrome « orchite aiguë primitive » chez les enfants (*Arch. de Méd. des Enfants*, juin 1926).
- Orchite subaiguë de l'adolescence par torsion de l'hydatide sessile de Morgagni (Rap-Mouchet, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 26 mai 1926).
- OMBREDANNE. — Torsion testiculaire chez les enfants (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 14 mai 1913).

- L'orchite aiguë primitive des enfants (*Presse Médicale*, 19 juillet 1913).
- Précis clinique et opératoire de Chirurgie infantile, p. 725.
- PÉRARD et ARVISET. — A propos d'une observation de torsion du testicule (*J. d'Urologie*, janv. 1928).
- PETRIGNANI. — Volvulus du testicule (*Annales d'Anat. path.*, 6 mars 1930).
- PICHAT. — Torsion du testicule chez un nourrisson de 13 mois (*Annales d'Anat. path.*, 1926, p. 176).
- PIGNATTI. — Sopra un caso di torsione de testicolo osservata in un pseudo-ermafrodita (*Riforma Medica Napoli*, 1921, p. 605).
- POULAIN et FRANCO. — Torsion du testicule chez un nourrisson (*Gaz. Méd. de Picardie*, avril 1928).
- PRINCETEAU. — Torsion du cordon spermatique d'un testicule en éclopsie chez un nourrisson de 5 mois (Rapport Mouchet, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1928, p. 1369).
- RINALDO MICOTTI. — Torsione del testicolo ectopico in un lattante (*La Riforma Médica Napoli*, 7 aprile 1930).
- ROCHER (de Bordeaux). — Fausses orchites de l'enfance par torsion du testicule (*J. de Méd. de Bordeaux*, avril 1930, p. 305).

- ROCHER et RIOUX. — Orchite subaiguë de l'adolescence par torsion de l'hydatide de Morgagni (Rapport Mouchet, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 26 mai 1926).
- SÉBILEAU et DESCOMPS. — Maladies des organes génitaux de l'homme (*Nouveau Traité de Chir.*, Le Dentu et Delbet, 1914, tome 32).
- SOLIER et HUARD. — Orchite subaiguë par nécrobiose d'un vas aberrans (Rapport Mouchet, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 22 mai 1929).
- VALERIO. — Contribucava orchite aguda primitiva de la infancia (*Brasil Médico*, 15 juin 1929).
- VILLACORTA. — Contribution à l'étude de la torsion du testicule (*Thèse de Paris*, 1927).
- VISCONTINI. — La necrosi del testicolo par torsione del cordone (*Gazetta degli ospedali et delle Cliniche*, 21 août 1913, p. 1041).
- WALTON (de Londres). — Torsion of the hydatid of Morgagni (*The British Journal of Surgery*, 1922, p. 151).
- WESSON. — L'orchite traumatique. Une mauvaise dénomination. (*J. d'Urologie*, 1929, p. 200).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	15
Anatomie et Embryologie des organes annexés au testicule	19
Etiologie et pathogénie	21
Anatomie pathologique	29
Physiologie pathologique	33
Etude clinique	35
Evolution et pronostic	41
Diagnostic	43
Traitement	47
OBSERVATIONS	51
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

